UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(Mention Médecine)

La Colpo-Périnéorraphie

à l'anesthésie locale

PAR

Simon-Judas TANTLEWSKI

Né à Komny (Russie), le 27 février 1887

Président : Monsieur RECLUS, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE BIEN-AIMÉS

Je dédie ces quelques pages en faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA GACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre profonde gratitude pour l'enseignement dont nous avons bénéficié pendant huit mois et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A Monsieur le Docteur KENDIRDJY

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

Nous le remercions beaucoup d'avoir facilité notre tâche par ses indications.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La colpo-périnéorraphie à l'anesthésie locale

INTRODUCTION

Il y a des opérations qui peuvent et doiven être faites à l'anesthésie locale.

P. Reclus.

Aux opérations qui, comme le dit le Professeur Reclus, peuvent et doivent être faites à l'anesthésie localisée, s'est ajoutée ce dernier temps encore une autre, la colpo-périnéorraphie. C'est en 1903 que, dans son ouvrage « l'anesthésie localisée par la cocaïne », le Professeur Reclus fait pour la première fois mention de la colpo-périnéorraphie à l'anesthésie locale, et décrit les principaux traits de la technique de l'anesthésie dans cette opération. Elle avait été appliquée par lui plusieurs fois et avec succès. Mais à cette époque le liquide anesthésique employé était encore la cocaïne que le Professeur Reclus maniait depuis 1886. Cette substance toxique ne pouvait pas s'appliquer dans les cas d'inter-

ventions où le champ opératoire était relativement large et par conséquent le nombre de centimètres cubes de liquide anesthésique à injecter assez grand. La toxicité même de la cocaïne limitait son emploi et son application dans la chirurgie.

C'est pourquoi la colpo-périnéorraphie à l'anesthésie locale n'était alors que très rarement pratiquée même par le professeur Reclus et ses élèves, et ce n'est qu'après la découverte de M. Journeau de la stovaïne et surtout après l'apparition de la novocaïne, que l'opération de la colpo-périnéorraphie à l'anesthésie locale put être reprise.

La quantité de novocaïne-adrénaline (liquide anesthésique employé par le professeur Reclus et ses élèves depuis 1909) qui peut être injectée aux malades sans aucun inconvénient peut aller jusqu'à 100 cc. et au-delà (50 seringues) ; or pour cette opération la quantité nécessaire est beaucoup plus faible.

En général il n'y a pas d'opérations dans le domaine de l'anesthésie locale qui demanderaient une telle débauche de liquide anesthésique (1) et la question des doses ne se pose plus depuis que la cocaïne a été remplacée par la novocaïne-adrénaline, liquide quatre ou cinq fois moins toxique.

L'inocuité de la novocaïne-adrénaline est presque absolue et le professeur Reclus préconise sa méthode d'anesthésie même dans les opérations non réglées, s'il

(1) Professeur Reclus.

y a contr'indication formelle pour l'emploi du chloroforme. (Exposé des titres et travaux scientifiques du professeur Paul Reclus 1912).

La première opération de colpo-périnéorraphie à la novocaïne-adrénaline a été faite le 26 octobre 1911. Elle fut pratiquée à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Reclus par le docteur Léon Kendirdjy (Kendirdjy « technique de l'anesthésie locale dans la colpo-périnéorraphie » Presse méd. 17 janvier 1914).

La technique de l'opération est restée dans ses traits généraux telle que l'a décrite en 1903 le professeur Reclus dans son ouvrage « l'anesthésie localisée par la cocaïne. » Les perfectionnements qui ont eu lieu depuis, n'ont porté que sur certains détails.

Une vingtaine d'opérations ont été déjà faites par le docteur Kendirdjy et toutes avec le même succès. Le liquide anesthésique employé est le même que celui formulé en 1909 par le professeur Reclus :

Sérum physiologique — 100 cmc.

— novocaïne —

Solution d'adrénaline *au millième* — 50 *centigr.* — XXV gouttes.

Chaque seringue construite pour 2 cmc de liquide contient ainsi *1 centigr.* de novocaïne et une *demi goutte* d'adrénaline au millième.

Technique de l'anesthésie [1]

La malade est mise dans la position classique pour les interventions sur la région périnéale. On rase et on lave bien le pourtour de la vulve et le périnée ; il n'est pas sans utilité de faire un lavage vaginal à l'eau chaude ou à autre liquide légèrement antiseptique. Tout étant préparé, on commence par mettre dans le vagin un gros tampon d'ouate imbibée de la solution anesthésique, pour anesthésier la muqueuse vaginale. On procède donc ici comme dans tous les cas ou il s'agit d'anesthésier une muqueuse — l'opération sur les hémorroïdes ou pour la fistule à l'anus, par exemple, où l'on met plusieurs tampons dans le rectum. Cela fait on procède à l'opération proprement dite qui consiste soit dans la colporraphie antérieure et ensuite colpo-périnéorraphie, soit tout simplement dans la colpo-périnéorraphie si l'on croit que cette dernière peut suffire. Prenons le cas où les deux parties de l'opération, la colporraphie et la colpo-périnéorraphie sont indispensables pour avoir un

[1] J'emprunte la description de la technique et les dessins au Dr Kendirdjy. (*Presse méd.* 17 janvier 1914).

bon résultat. L'opération consistera alors dans les manœuvres suivantes, qui se succèderont dans l'ordre ci-après :

1° Anesthésie pour la colporraphie antérieure.

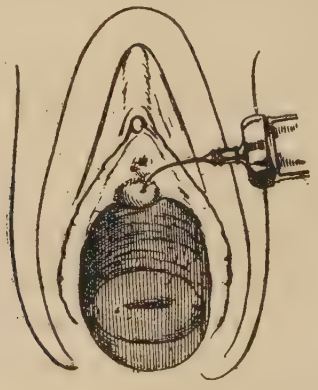
2° Anesthésie pour la colpo-périnéorraphie.

3° Colporraphie antérieure.

4° Colpopérinéorraphie et suture des releveurs.

1° La colporraphie antérieure consiste à exciser un fragment de la muqueuse antérieure du vagin, ce fragment pouvant être losangique ou rectangulaire.

Il faut que la partie anesthésiée de la muqueuse dépasse les limites de l'excision afin que l'on opère sûrement sur une muqueuse insensible; il s'agit presque d'anesthésier toute la muqueuse antérieure du vagin. Pour faire cette anesthésie on se servira d'une aiguille courbe et on commencera par la planter sur la ligne médiane à une certaine distance du meat urinaire. (fig. 1).

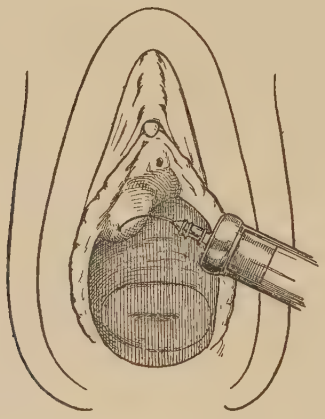


(Fig. 1)

Cette première piqûre étant faite sur un tissu non encore anesthésié il faut prévenir la malade pour ne pas perdre sa confiance qu'elle sera douloureuse et ce n'est que celle-là qui le sera ; autrement l'attitude toujours méfiante que gardera la malade gênera beaucoup l'opérateur. Il ne faut pas oublier non plus un principe très important de l'anesthésie locale : la piqûre doit être traçante et continue ; au fur et à mesure qu'on enfonce l'aiguille on pousse sur le piston de sorte que la poussée du liquide se fait avant l'enfoncement de l'aiguille, qui chemine ainsi dans le tissu déjà anesthésié. Il en résulte : 1° que c'est seulement la piqûre qui est sensible et 2° qu'on ne laisse pas de tissu non anesthésié. Les piqûres suivantes se feront dans le tissu déjà insensibilisé.

Le liquide anesthésique pénétrant ainsi sous la muqueuse, la soulève sous forme d'un bourrelet blanc. Cette blancheur s'explique par la propriété vaso-constrictrice de l'adrénaline, propriété très précieuse pour l'opération : elle se fait dans un tissu presque tout à fait exsangue et l'on voit très nettement tous les détails du champ opératoire. La poussée de l'aiguille et du piston se fait lentement vers la gauche de l'opérateur si c'est la partie droite dela paroi vaginale antérieure qu'on anesthésie ou vers la droite de l'opérateur si c'est la partie gauche de cette même paroi. La première seringue étant vidée on retire l'aiguille, on remplit la seringue de nouveau de liquide anesthésique pour faire la deuxième piqûre. Celle-ci se fait dans la partie déjà anesthésiée de sorte

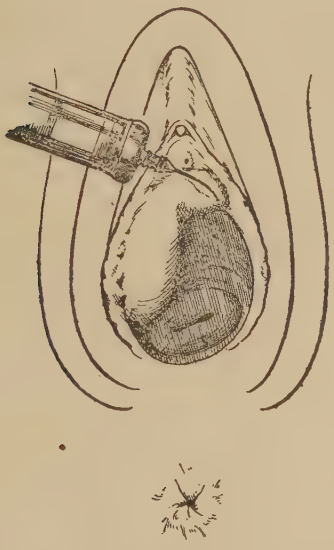
que la malade ne doit pas la sentir. L'injection se fera comme pour la première seringue, l'aiguille dirigée toujours vers la gauche (je suppose que c'est la partie droite de la paroi vaginale antérieure qu'on anesthésie. (Fig. 2.)



(Fig. 2)

La figure 2 montre l'endroit où se fait la deuxième piqûre : on voit le bourrelet formé par la muqueuse vaginale soulevée par le liquide de la première injection : c'est à l'extrémité intérieure de ce bourrelet, en plein tissu déjà anesthésié, qu'est plantée l'aiguille.

On procède ainsi jusqu'à ce que toute la moitié droite de la paroi vaginale antérieure soit anesthésiée. (fig. 3).



(Fg. 3)

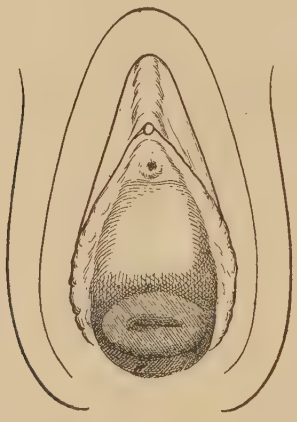
La figure 3 montre toute cette moitié droite anesthésiée ; la muqueuse formant bourrelet tranche par sa coloration pâle avec la moité gauche de coloration normale.

Il s'agit maintenant d'anesthésier la partie gauche de cette paroi. L'opérateur revient vers le point là où il a pratiqué la première piqûre et plante l'aiguille au deça

de la moitié droite de cette même piqûre toujours dans la partie déjà anesthésiée.

La fig. 3 montre l'endroit où doit être plantée l'aiguille. On continue l'anesthésie en procédant comme tout à l'heure pour le côté droit, mais en poussant cette fois-ci l'aiguille vers la gauche de la malade.

Quand l'anesthésie de la paroi antérieure du vagin est ainsi totalement achevée, la muqueuse de cette paroi est tout entière pâle, œdématiée, comme décollée du tissus sous-jacent (fig. 4).



(Fig. 4)

Il ne faut pas se hâter, une fois l'anesthésie pour la colporraphie antérieure faite, de prendre le bistouri en main et de faire l'excision d'un fragment de cette muqueuse, c'est-à-dire de faire la colporraphie même. Il faut donner le temps au liquide anesthésique de diffuser dans le tissu, et de l'insensibiliser partout où devra agir le bistouri sous peine de faire souffrir la malade et de rendre par suite l'opération moins commode pour l'opérateur, de compromettre même l'anesthésie localisée. Il ne faut pas oublier non plus qu'un des avantages de la novocaïne-adrénaline c'est l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux, ses propriétés vaso-constrictrices d'où il résulte qu'on opère sur le tissu exsangue.

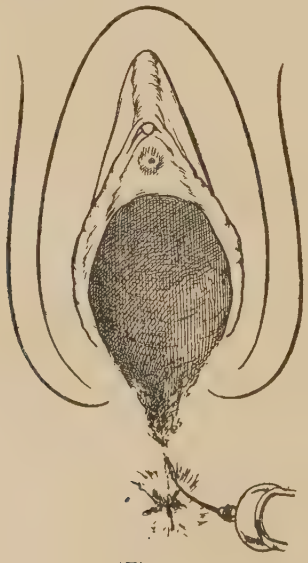
Or il faut donner le temps à l'adrénaline d'agir pour que cette vasoconstriction se fasse. Ce temps est un peu plus long que celui nécessaire à l'anesthésie et en supposant même la muqueuse insensibilisée on ne peut pas être sûr que la vasoconstriction soit déjà accomplie et que l'hémostase soit par conséquent complète. En opérant trop rapidement après avoir fini l'anesthésie on perd l'avantage d'opérer dans un champ vidé de sang. Le chirurgien n'a pas à craindre que l'effet de l'anesthésie disparaisse, l'analgésie dure en moyenne une heure et demie et il n'existe vraiment pas d'opérations qui demanderaient un tel laps de temps. Donc, sans se précipiter sur le bistouri l'opérateur commence le deuxième temps de l'opération c'est-à-dire l'anesthésie pour la colpo-périnéorraphie.

C'est cette partie qui constitue le temps le plus déli-

cat de l'opération. Il s'agit d'anesthésier : 1° le pourtour vulvaire, 2° la sous-muqueuse des parois postérieure et latérale du vagin et 3° la région profonde des releveurs de l'anus.

1° *Anesthésie du pourtour vulvaire.* — Pour anesthésier le pourtour vulvaire on fait une première piqûre sur la ligne médiane un peu en avant de l'anus. Cette piqûre comme toutes celles qui vont suivre jusqu'à ce que l'anesthésie du pourtour vulvaire soit terminé se fait également à l'aide d'une aiguille courbe. On ne remplacera celle-ci par une aiguille droite, que lorsqu'on aura commencé l'anesthésie de la sous-muqueuse.

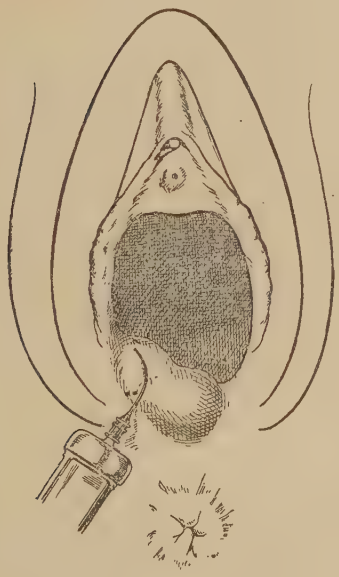
Comme toujours — c'est un principe fondamental de l'anesthésie localisée — on dépassera notablement les limites de l'excision à faire et l'anesthésie couche par couche (peau, tissu sous-cutané) (fig. 5.)



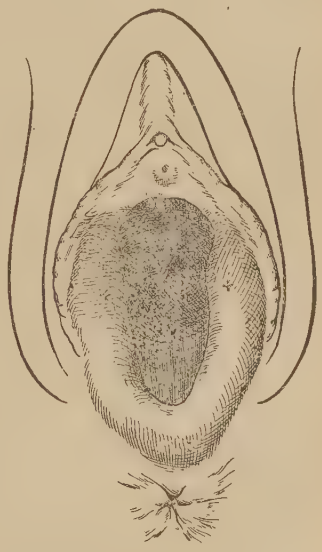
(Fig. 5)

La fig. 6 montre la première piqûre faite.

On n'oubliera pas de prévenir de nouveau la malade que la piqûre sera sensible. La deuxième piqûre faite en tissu déjà anesthésié remontera le long de la lèvre droite de la vulve. La troisième remontera le long de la lèvre gauche commençant bien entendu dans le territoire du tissu déjà anesthésié par la première piqûre, etc. On procèdera ainsi en anesthésiant alternativement le côté droit et le côté gauche de façon à encadrer en fer à cheval l'orifice vulvaire par la bande anesthésique. La peau fine de cette région est soulevée avec une grande facilité par le liquide injecté et le bourrelet formé par cette peau soulevée sera très saillant (fig. 6 et 7.)



(Fig. 6)

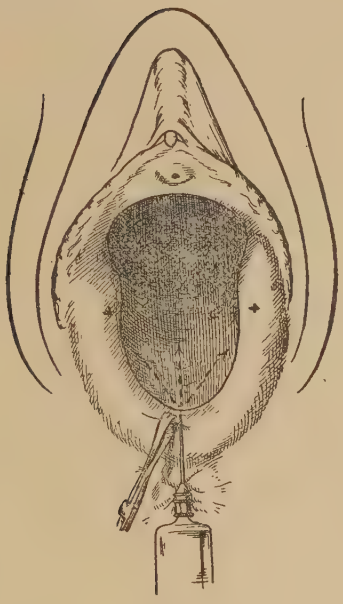


(Fig. 7)

La fig. 7 montre la deuxième piqûre qui vient d'être faite et la fig. 8 nous représente l'anesthésie du pourtour de la vulve déjà terminée, on voit le bourrelet qui encadre l'orifice vulvaire en fer à cheval dépasser largement des deux côtés les limites de dissection marquées par des croix.

2° *Anesthésie de la sous-muqueuse des parois postérieures et latérales du vagin.* — Ce temps d'anesthésie se fera par une aiguille droite. On commencera par placer une pince sur la ligne médiane en pleine bande anesthésique un peu en avant de la commissure postérieure de la vulve. Elle servira à attirer la muqueuse dans le sens contraire à celui où l'on fera pénétrer l'aiguille, on lui donnera de cette façon une certaine résistance, ce qui permettra de bien faire pénétrer l'aiguille et de la diriger dans le sens voulu.

Cela fait on plantera l'aiguille à côté de la pince sur la ligne médiane en pleine bande anesthésique. On dirigera l'aiguille d'abord en avant en restant sur la ligne médiane puis tantôt à gauche, tantôt à droite de la ligne médiane comme l'indiquent les flèches de la figure 8 et on anesthésiera ainsi la paroi postérieure du vagin et la partie adjacente des deux parois latérales.



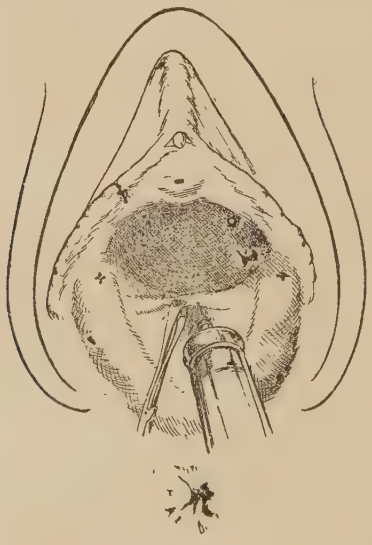
(Fig. 8)

Pendant que l'opérateur exécutera ces manœuvres de la main droite, il tirera de la main gauche la pince dans le sens contraire à la direction de la seringue comme nous l'avons dit plus haut.

L'aiguille doit être enfoncée dans un plan sous-jacent et parallèle à la surface de la muqueuse. A ce niveau sur une longueur de deux à trois centimètres, la muqueuse est très adhérente au tissu sous-jacent, en outre par suite des petites déchirures qui se sont produites au cours des accouchements antérieurs, il existe à ce niveau des cicatrices sous forme de bandes blanchâtres, dures et très résistantes. Ce tissu cicatriciel se laisse soulever très difficilement par le liquide analgésique. Il faut donc faire à ce niveau les injections bien lentement et elles

auront également à être faites sur la ligne médiane et sur les côtés.

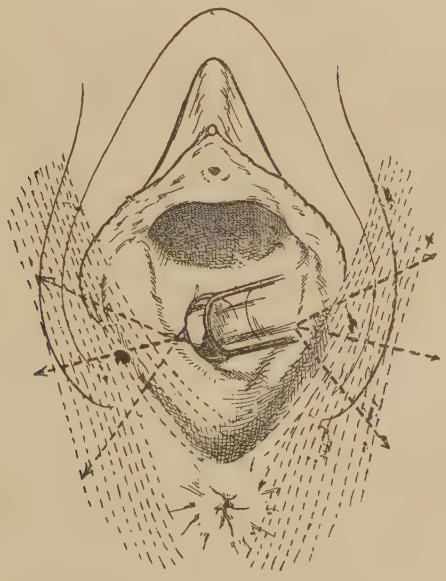
La muqueuse pâlira sous l'influence de l'adrénaline et l'on verra bientôt se former un bourrelet pâle dans les parties anesthésiées de la muqueuse. Lorsqu'on pénètrera ainsi assez profondément dans le vagin, le point d'appui qui fournira la pince ne sera plus suffisant et il faudra déplacer celle-ci plus haut. Ce déplacement de la pince fait, on continuera les injections comme tout à l'heure, jusqu'à l'effleurement du col. Le liquide se trouvant maintenant dans l'espace de la cloison recto-vaginale rempli de tissu cellulaire lâche et facilement décollable, diffusera avec une facilité extrême et les injections se feront beaucoup plus facilement que pour l'anesthésie de la première portion de la sous-muqueuse où on avait à faire avec un tissu cicatriciel et une muqueuse adhérente au tissus sous-jacent (fig. 9).



(Fig. 9)

3° *Anesthésie des releveurs de l'anus.* — Ce temps consiste dans l'anesthésie du plan profond des releveurs et des releveurs mêmes. Il s'agit d'injecter le mélange analgésique au voisinage immédiat des releveurs de chaque côté du vagin. Si c'est possible il faut pousser le liquide dans les releveurs mêmes

L'aiguille droite sera enfoncée à l'union des parois postérieures et latérales du vagin en plein tissu anesthésié et l'on aura soin de la diriger en arrière en bas et en dehors, en la mouvant continuellement de tous, les côtés pour porter le liquide en tous les points. On fera cette manœuvre d'abord à droite puis on répètera la même chose à gauche. Quatre ou cinq seringues de chaque côté suffisent généralement ; mais il est entendu qu'il n'y a aucun inconvénient à en augmenter le nombre. (fig. 10).

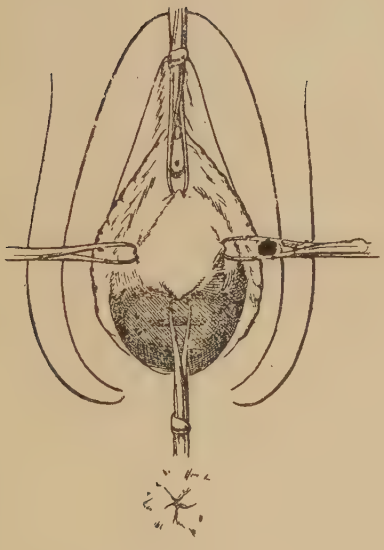


(Fig. 10.

Sur la fig. 11 on voit l'anesthésie de la sous-muqueuse des parois postérieures et latérales du vagin terminée, la muqueuse soulevée, décollée et pâle, cette figure explique bien la manière de faire qui vient d'être décrite.

L'anesthésie étant en ce moment terminée, il ne reste à faire que la colporraphie et ensuite la colpo-périnéorraphie. J'ai hâte de dire que ce temps de l'opération ne diffère pas saufs détails de la technique classique réglée par Hegar. Les modifications qui y ont été introduites par le Pr Reclus et ses élèves sont relatives aux nouvelles conditions dans lesquelles on opère grâce à l'imbibition du tissu de liquide analgésique.

Il s'agit donc pour la colporraphie qui doit être faite en premier lieu d'exciser un fragment losangique de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin et de rapprocher les deux lèvres de la plaie ainsi produite. Il est très important de bien faire attention à ce que le tissu sous-muqueux soit compris dans les sutures, pour bien solidariser les plans anatomiques et rendre la formation d'un hématome impossible. La formation d'un hématome est en effet favorisée par la vasodilatation paralytique des vaisseaux qui succède à la vasoconstriction produite par l'adrénaline ; voilà pourquoi la solidarisation parfaite des plans anatomiques est ici beaucoup plus importante que dans la colpo-périnéorraphie faite sous anesthésie générale (fig. 11).



(Fig. 11)

La fig. 11 montre le fragment losangique de la muqueuse antérieure du vagin qu'il faudra exciser, quatre pinces délimitant ce fragment.

Les mêmes précautions doivent être prises en pratiquant la colpo-périnéorraphie, laquelle se fait elle aussi suivant la technique classique. On dissèque et on excise un lambeau triangulaire de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin ; ceci fait on isole, avec les doigts les deux releveurs, on les suture entre eux et en même

temps avec la paroi du rectum sous-jacent et on va suturer les deux bords de la plaie de la paroi postérieure du vagin, en veillant à bien accoler la muqueuse aux plans des releveurs. On constituera ainsi un plan résistant, puissant soutient de l'utérus en même temps qu'on empêchera l'hématome de se produire par suite de la parfaite solidarisation des plans anatomiques et on évitera l'infection pour laquelle l'hématome constitue un milieu favorable.

Dans le cas où le col de l'utérus est très hypertrophié et allongé et que son amputation est par là rendue nécessaire, elle se fera facilement à l'anesthésie localisée. Il suffit d'anesthésier la muqueuse vaginale en rapport avec le col utérin par une bande anesthésique circulaire et de pousser quelques seringues de liquide anesthésique dans l'épaisseur du col même. En effet la première colpo-périnéorraphie faite à l'anesthésie locale (Kendirdjy 26 octobre 1911) a été précédé par l'amputation du col. Il s'agissait d'une femme de 60 ans artérioscléreuse atteinte d'un prolapsus total de l'utérus. Le 21 octobre M. Kendirdjy a pratiqué sous anesthésie locale l'amputation du col et le 26 octobre une colpo-périnéorraphie (1).

L'expérience clinique a démontré que pour l'anesthésie parfaite cette opération ne demande qu'une quarantaine de seringues, c'est-à-dire une quarantaine de cgr. de novocaïne et une vingtaine de gouttes d'a-

(1) *Presse médicale*, 17 janvier 1914. Technique de l'anesthésie locale dans la colpo-périnéorraphie par le docteur Léon Kendirdjy.

drénaline au millième. Mais suivant qu'il existe ou qu'il n'existe pas de déchirure du périnée cette quantité peut être moindre ou au contraire doit être dépassée. La quantité du liquide anesthésique importe peu, vu la toxicité relativement petite de novocaïne. Nous avons déjà eu l'occasion de dire dans l'historique de la colpo-périréorraphie à l'anesthésie locale que le Pr Reclus à pu plusieurs fois dépasser le chiffre de 50 seringues sans le moindre inconvénient pour les malades et que depuis que la cocaïne a été remplacé par la novocaïne-adrénaline (1909) la question des doses, comme le répète le Pr Reclus dans son enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu ne se pose plus.

Une question se pose : Quel avantage y a-t-il à remplacer le chloroforme par l'anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline ? La technique de l'anesthésie paraît si compliquée et le temps demandé par elle si long qu'on hésite souvent avant de se déclarer partisan de cette manière de faire. Quoi de plus simple que l'emploi du chloroforme dont les règles de l'administration sont toujours les mêmes, quelle que soit l'opération à faire et le maniement si simple, que n'importe quel aide un peu exercé pourrait l'appliquer ?

Il est entendu que personne maintenant ne peut nier la valeur de la grande importance que présente l'anesthésie locale dans le cas ou le chloroforme est contr' indiqué.

Ici le domaine de l'anesthésie locale s'est singuliè-

rement élargi depuis ces dernières années et elle acquiert et acquérira encore de nouveaux droits comme le dit M. Kendirdjy dans son article dans la Presse médicale.

Dans un article récemment imprimé dans le Journal des praticiens le professeur P. Bar raconte un cas où il a pu interrompre rapidement la grossesse chez une femme présentant les signes de l'ictère grave en sectionnant la lèvre antérieure du col de l'utérus et en incisant dans son tiers supérieur la paroi vaginale antérieure. Cette opération a été faite à l'anesthésie locale, le chloroforme étant contr'indiqué à cause de l'ictère grave que présentait la malade. A ce propos le professeur Bar cite les opérations qui ont été pratiquées dans son service au cours des années 1912-1913 et dit en concluant : « J'ai voulu vous citer ces faits parce qu'ils montrent combien l'anesthésie locale telle que nous l'enseigne M. Reclus peut devenir pour nous-mêmes dans les opérations graves de l'obstétrique une ressource précieuse (1).

Dans le cas particulier qui nous occupe toutes les fois où le chloroforme est contrindiqué et ces cas sont nombreux — diabète, tuberculose, néphrite, âge trop avancé de la malade, etc., l'anesthésie locale rend des services énormes, elle est seule capable de donner le salut à la malade. Mais en dehors des cas de contr'indication formelle pour l'emploi du chloroforme, il existe des cas où le chirurgien hésite avant de s'en servir. En effet : le prolapsus utérin est souvent héréditaire (Pozzi)

(1) Journal des praticiens, 6 décembre 1913. L'anesthésie locale en obstétrique (Méthode Reclus).

et dans ces cas il n'est pas rare de voir ces malades atteintes de ptose viscérale généralisée et de maladies discrasiques diverses. En y ajoutant l'état de nervosité particulière de la femme atteinte de prolapsus utérin on a un tableau qui n'encourage pas à l'emploi du chloroforme et son application même s'il n'existe pas de contr'indications formelles est accompagnée d'un certain risque pour la malade.

Ceci ne peut être dit de la novocaïne-adrénaline dont l'innocuité est absolue, si l'on emploie la solution de Reclus et dans les limites de dose par lui indiquées. Il n'existe pour ainsi dire pas de contr'indication pour la novocaïne-adrénaline.

D'autre part il n'est pas douteux qu'un certain nombre d'accidents sont dûs aux défectuosités du mode d'administration du chloroforme. Or on ne peut pas toujours avoir un aide bien expérimenté, surtout à la campagne ou dans les petites villes de province, auquel on puisse confier cet important acte opératoire dont la responsabilité en cas d'accident retombe entièrement sur l'opérateur.

Un pareil aide n'est pas indispensable lorsqu'on opère à l'anesthésie locale, ce qui constitue pour le praticien un avantage qui n'est pas à dédaigner.

Nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps sur les considérations générales en faveur de l'anesthésie locale à la novocaïne adrénaline. Qu'il nous soit permis de dire seulement que la longueur relative du temps qu'il faut employer pour l'anesthésie n'est pas

une raison pour l'écarter ou du moins est une raison extrascientifique. Il s'agit d'opérer dans les conditions les plus favorables et les moins dangereuses pour la malade. Or ces conditions sont fournies par l'anesthésique du professeur Reclus, cela est indubitable.

L'opération de colpo-périnéorraphie même est très simplifiée et quelques accidents qui peuvent arriver, rarement il est vrai, mais qui arrivent tout de même, de sorte que tous les traités classiques insistant là-dessus, sont rendus presque impossibles grâce à l'anesthésie locale. Cette simplification est déterminée : 1° parce qu'on opère en milieu exsangue, et 2° parce que l'état hydrotomique du tissu produit par la présence du liquide anesthésique rend le décollement et la dissection de la muqueuse beaucoup plus facile que dans les opérations classiques à l'anesthésie générale. Et en effet, grâce à l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline, le tissu ne saigne pas. Il est vrai qu'au début de l'opération une nappe de sang noir apparaît et cette hémorragie s'explique de la manière suivante : sous l'influence de l'adrénaline les artères se contractent et tout apport de sang cesse. Les veines sectionnées par le bistouri se vident du sang noir qu'elles contiennent et cette hémorragie masque un peu le champ opératoire. Mais une fois vidées ces veines ne se remplissent plus. Rapidement le champ opératoire devient exsangue et les moindres détails anatomiques apparaissent d'une façon extrêmement nette. En se servant de l'expression du Pr Reclus

l'opération sur le vivant rappelle alors la démonstration sur le cadavre.

D'autre part l'imbibition du tissus sous-muqueux par la novocaïne adrénaline crée un état d'hydrotomie tel que la séparation de la muqueuse du tissu sous-jacent se fait avec une extrême facilité : la simple compresse suffit presque toujours pour ce décollement, dans les cas plus difficiles, un simple petit coup de bistouri ou de ciseaux et tout est fait. Il est loin de ce qu'on voit lorsqu'on fait cette opération à l'anesthésie générale : quelle prudence et quelle attention il faut y mettre pour ne pas perforer la cloison recto-vaginale et ne pas pénétrer dans le rectum. Rien de tout cela lorsqu'on emploie l'anesthésie locale. Ici la perforation du rectum n'est pas à craindre et il faut vraiment avoir de la malchance pour que cet accident arrive. La durée même de cette partie de l'opération est très abrégée et le temps qu'on perd pour l'anesthésie on le regagne ici en partie.

Une vingtaine d'opérations ont été déjà faites par cette méthode et toujours avec succès. Nous donnons ici plusieurs observations parmi les plus intéressantes bien que nous ne croyons pas qu'elles puissent beaucoup servir dans la question qui nous intéresse et qu'on n'en pourra tirer aucune conclusion concernant les indications opératoires.

OBSERVATIONS

Observation I

Mathilde S..., 60 ans, artério-scléreuse, mère de trois enfants. Employée.

Elle est atteinte de prolapsus total de l'utérus qui tombe en dehors du vagin retourné. Le col utérin est gros, bosselé avec ectropie de la muqueuse. Le 21 octobre 1911 le docteur Kendirdjy pratique dans le service du professeur Reclus l'amputation du col à l'anesthésie locale. L'utérus est réduit et maintenu en place par le tamponnement du vagin. Le 26 octobre il pratique à l'anesthésie locale :

1° La colporraphie antérieure ;

2° La colpo-perineorraphie avec suture des releveurs. L'opération est très bien supportée et la malade quitte l'hôpital guérie.

Le 9 avril 1912 la malade se présente de nouveau à l'hôpital ; le prolapsus est réapparu.

Le 30 janvier 1913. M. Kendirdjy, pratique une laparatomie médiane, il la commence par l'anesthésie locale et la continue sous anesthésie générale. M. Kendirdjy a voulu pratiquer l'hystéropexie mais l'utérus était farci de fibromes, chacun du volume d'une mandarine et il pratiqua l'hysterotomie sub-totale.

Le 13 mars 1913. La malade quitte l'hôpital guérie, mais le 23

octobre nouvelle récidive et M. Kendirdjy fut obligé de faire une colpectomie qu'il pratiqua sous anesthésie locale. La malade est complètement guérie.

OBSERVATION II

Lausanne S., 59 ans. domestique. Nullipare. Atteinte d'une cystocèle très accusée formant tumeur à la vulve lorsque la malade pousse. Le périnée est solide.

Le 27 juillet 1912 M. Kendirdjy pratique une colporraphie antérieure à l'anesthésie locale. L'opération est bien supportée. La malade est guérie.

OBSERVATION III

Louise D..., 29 ans, ménagère.

Atteinte de prolapsus total de l'utérus avec déchirure du périnée presque jusqu'à l'anus.

11 février 1913. Le docteur Kendirdjy fait une colpo-périnéorraphie avec suture des releveurs.

L'opération est faite à l'anesthésie locale. Résultats bons.

OBSERVATION IV

Marie M..., 43 ans, cuisinière.

Est atteinte d'un prolapsus total de l'utérus avec chute des parois antérieure et postérieure du vagin.

M. Kendirdjy pratique à l'anesthésie locale la colpo-périnéorraphie avec suture de releveurs et sous-anesthésie générale à l'éther la laparotomie médiane. L'utérus est gros et parsemé des minuscules fibromes. Il pratique l'hystéropexie.

Résultat très bon.

OBSERVATION V

Marie G..., 32 ans, ménagère.

Se présente avec une déchirure complète du périnée jusqu'à la muqueuse anale. Elle a un seul enfant âgé de 21 mois.

Lorsqu'elle n'est pas constipée, elle souffre d'incontinence des matières. Opérée par M. Kendirdjy à l'anesthésie locale le 19 octobre 1912.

Il a pratiqué la colpo-périnéorraphie avec suture des releveurs.

Le résultat est bon. Le périnée tient bien mais il persiste toujours un peu d'incontinence pour les liquides et les gazs.

OBSERVATION VI

Alice B..., 45 ans, domestique.

Opérée par M. Kendirdjy le 7 mai 1913. Il a pratiqué une colporraphie antérieure et une colpo-périnéorraphie.

La malade ne présentait pas de déchirure du périnée, mais une chute très marquée des parois antérieure et postérieure du vagin.

Résultat bon.

OBSERVATION VII

Marie M..., 39 ans, journalière. Présente une déchirure du périnée jusqu'à l'anus. Elle a subi trois ans auparavant une hystérectomie.

Le 7 mai 1914. M. Kendirdjy pratique une colpo-périnéorrapie avec suture des releveurs. L'opération est faite à l'anesthésie locale.

Résultat bon.

CONCLUSIONS

La colpo-périnéorraphie faite à l'anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline, par la méthode de Reclus, présente des avantages à la fois d'ordre général et d'ordre relatif à l'intervention. Ses avantages d'ordre général découlent de l'innocuité absolue du liquide anesthésique employé. D'où résulte l'absence des contr'indications opératoires.

Les avantages relatifs à l'intervention consistent en ce que le décollement de la muqueuse du tissu sous-jacent est rendu très facile, grâce à la présence du liquide anesthésique et que le danger de perforer le rectum n'existe pas ici.

Ces deux ordres d'avantages doivent inciter le chirurgien à pratiquer cette opération à l'anesthésie locale

par la méthode de Reclus, dont la technique a été décrite dans cette thèse et la colpo-périnéorraphie rentrera dans le cadre des opérations qui doivent être faites à l'anesthésie locale.

Vu :
Le Président de Thèse,
P. RECLUS.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

P. Reclus : L'anesthésie localisée par la cocaïne, 1903.

P. Reclus : Clinique de la Charité, 1909.

Kendirdjy : Indications générales et la technique de l'anesthésie locale. *Journal de Chirurgie et de Médecine*, avril 1909.

P. Reclus : Exposé de titres et de travaux scientifiques du professeur Paul Reclus, 1912.

Kendirdjy : Etat actuel de l'anesthésie locale. *Journal de chirurgie et de médecine*, 10 juin 1912.

Kendirdjy : Technique de l'anesthésie locale dans la colpo-périnéorraphie, *Presse médicale*, 17 janvier 1914.

Paul Bar : L'anesthésie locale (méthode Reclus) en obstétrique. *Journal des praticiens*, 6 décembre 1913.